



## • FACT SHEET No. II

### ความปวดหลังผ่าตัด: อะไรบ้างที่บุคลากรทางการแพทย์ ควรรู้

ในแต่ละปีมีการผ่าตัดเป็น 100

ล้านรายที่เกิดขึ้นทั่วโลกซึ่งได้แก่การผ่าตัดหัตถการเล็กๆหรือเป็นการผ่าตัดใหญ่ที่ทำหลายชั่วโมงในผู้ป่วยที่มีปัญหาเปราะบาง

ในช่วงเวลาที่ผ่านมาได้ทำให้เห็นการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ในทัศนคติการควบคุมอาการปวดหลังผ่าตัด จากความพยายามอย่างยิ่งยวดในการควบคุมปรับเปลี่ยน พยาธิสรีระและกระบวนการดูแลด้านจิตใจ [Wilder-Smith 2014] ก็ยังพบความปวดนั้นอาจจะเกิดต่อเนื่องเป็นความปวดเรื้อรังในบางราย [Niraj 2011]

ทั้งนี้การปรับปรุงเทคนิคการผ่าตัดที่แผลผ่าตัดเล็กไม่รุกรานและการนำเวชศาสตร์ฟื้นฟูโดยการใช้เทคนิคหลายอย่างเข้ามาร่วมด้วย รวมไปถึงการใช้ยาแก้ปวด จะทำให้ช่วงเวลาพักฟื้นหลังผ่าตัดเหมาะสม เปลี่ยนจากต้องนอนในโรงพยาบาลเป็นดูแลแบบนอกโรงพยาบาล และดูแลตัวเองได้ [Chou 2106]

### กระบวนการวิธีการดูแลเกี่ยวกับปวดหลังผ่าตัด ปัจจุบัน:

- ความปวดหลังผ่าตัดแทบทุกชนิดสามารถหรือควรได้รับการจัดการทางกายและอารมณ์อย่างเหมาะสม
- ประเมินความรุนแรงของความปวดขณะพักและขณะที่มีกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับเวชศาสตร์ฟื้นฟู เพื่อให้การรักษาไปตามความปวดนั้นๆ ซึ่งมักมีเป้าหมายให้ความปวดน้อย ยกเว้นการบาดเจ็บอย่างรุนแรง ที่อาจมีภาวะเปลี่ยนแปลงด้านจิตประสาท [Zaslansky 2015]
- ประเมินกลุ่ม ผู้ป่วย ที่ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษหลังผ่าตัด เช่น ปวดเรื้อรังมาก่อนผ่าตัด มีความวิตกกังวล ได้รับยาโอปิออยด์ พฤติกรรมผิดปกติ เช่น Catastrophizing การใช้สารเสพติด [Schug 2015]

- ต้องมีการนำเรื่องการควบคุมความปวดเตรียมรวมไปกับเรื่องอื่นที่ช่วยการฟื้นตัวจากการผ่าตัด เช่น การให้ความรู้กับผู้ป่วย การดูแลด้านโภชนาการ และการได้รับสารน้ำ
- มีการให้ยาหลายชนิดร่วมกันเช่น ยาต้านการอักเสบ ถ้าสามารถให้ได้ การใช้ยาเฉพาะที่โดยวิธีแบบผสมผสาน multimodal เพื่อลด การใช้ยาตัวเดียวในขนาดสูง( เช่น การใช้ยาโอปิออยด์ซึ่งมีผลข้างเคียง)
- มีการติดตามผู้ป่วยหลังจากออกจากโรงพยาบาลเพื่อ วินิจฉัย ภาวะความปวดต่อเนื่องรวมทั้งผลอื่นที่ไม่ต้องการ หลังผ่าตัด และให้การรักษาให้เร็วที่สุด
- มีระบบจัดการการควบคุมความปวดทั้ง ก่อน ระหว่าง และหลังผ่าตัดตามความเหมาะสมกับระบบสุขภาพให้ได้คุณภาพและปลอดภัย
- ในบางประเทศ ตระหนักเรื่องการจัดการความปวดเฉียบพลัน เช่น หลังผ่าตัด ได้กลายเป็นอนุสาขาของการฝึกอบรมเฉพาะทาง เนื่องจากมีความก้าวหน้า ด้านความรู้และเทคนิคพิเศษ เช่น regional anesthesia [Tighe 2015]

### กระบวนการจัดการความปวดหลังผ่าตัด

ตามชนิดการผ่าตัดและบริเวณที่ผ่าตัดใช้แนวหลักฐานเชิงประจักษ์ ในปัจจุบัน สามารถลด หรือหลีกเลี่ยงผลที่ไม่พึงประสงค์ ต่างๆจากการ ลดปวดที่ไม่เพียงพอ:

- ประสิทธิภาพที่ไม่พึงใจได้แก่
  - ความกลัว วิตกกังวล ความทรมาน
  - การจำกัดการเคลื่อนไหวและหายใจ หรือต้องพึ่งผู้อื่น
  - ปัญหาการนอนหลับ
  - ปัสสาวะคั่ง
  - คุณภาพชีวิตลดลงระหว่างการฟื้นตัวที่ช้าลง
  - การสูญเสียผลการทำงานจากความสามารถที่ลดลงบางส่วนหรือทั้งหมดโดยไม่จำเป็น
- ผลที่ไม่ต้องการ
  - การหายของแผลผ่าตัดซ้ำจากสภาวะการเพิ่มขึ้นของระบบประสาทซิมพาเทติกและออกซิเจนที่น้อยลง
  - การเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นภาวะ ปวดเรื้อรัง
  - การเพิ่มอัตราการรอยต่อแผลที่ไม่ดี (anastomotic insufficiency)
  - เพิ่มความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนทางปอดได้แก่ปอดอักเสบจากการหายใจที่ไม่เพียงพอเพราะความปวด
  - เพิ่มความเสี่ยงของภาวะหลอดเลือดอุดตัน (thrombosis)
  - เพิ่มความเสี่ยงของภาวะหลง สับสน delirium
  - เพิ่มความเสี่ยงกับการเสียชีวิต
  - ภาวะการตอบสนองต่อความเครียดอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีการเพิ่มขึ้นของ catecholamine และ cortisol การเพิ่ม catabolism
- เป็นภาระการบริหารจากค่าใช้จ่ายสูง
  - ทำให้การนอนโรงพยาบาล หรืออยู่หอผู้ป่วยหนัก นานขึ้น

- อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนสูงขึ้น(รวมภาวะความปวดเรื้อรัง) ทำให้ระบบสุขภาพต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงขึ้น
- ลดรายได้ที่คิดตาม performance จากคุณภาพ การบริการที่ต่ำลง

**แพทย์สามารถปรับแนวทางการปฏิบัติ ได้หลากหลายตามความต้องการเฉพาะคน โดยปัจจัยที่มีส่วนทำให้ความปวดหลังผ่าตัดมีหลากหลาย ได้แก่:**

- ความแตกต่างของยีน(เพศ)ใน พยาธิสรีระของ nociception, sensitization การลดปวดจากภายใน endogenous analgesia ระบบต่างๆ ที่เป็นเป้าของยาลดปวดซึ่งมีผลต่อเภสัชจลศาสตร์และเภสัชกลศาสตร์ได้ เช่นระบบเมตาบอลิซึมของ โอปิออยด์ การตอบสนองต่อการอักเสบ
- อายุ น้ำหนัก สภาวะร่างกาย การเป็นโรคร่วมรวมทั้งการใ้ยาอื่น ๆ
- เชื้อชาติ มีอิทธิพลต่อการจัดการความปวดหลังผ่าตัด [Green 2003, Campbell 2102]
- ความปวดอื่นหรือการรักษาความปวดก่อนผ่าตัด เช่น sensitization จาก ความปวดหรือ การปรับตัวจากการรักษาด้วยโอปิออยด์
- ปัจจัยทางจิตใจเช่นการควบคุมล่วงหน้า ความคาดหวัง(ผลของplacebo nocebo ) หรือ catastrophization
- ปัจจัยทางสังคม ได้แก่ บริบท และความหมายของการผ่าตัดหรือการเกิดความปวด (เช่นสภาวะความพิการ หรือการผ่าตัดจากมะเร็งที่หายขาดหรือไม่หายขาด)
- บริเวณที่ผ่าตัดและเทคนิคการผ่าตัด(เช่น keyhole หรือการลงแผลที่หลีกเลี่ยงเส้นประสาท)

กระบวนการปฏิบัติการปฏิบัติด้านการระงับปวดในศูนย์การแพทย์หรือกลุ่มการวิจัย หลายแห่ง กำลังอยู่ในการพัฒนาสู่อนาคต ในภาพรวม การดูแลผู้ป่วย เป็นศูนย์กลาง และใช้หลักการระงับปวดแบบ multimodal โดยการควบคู่ไปกับการดูแลเพื่อการฟื้นตัว ได้แก่ การเคลื่อนไหวทางกายภาพ การจัดการเรื่องสารน้ำและอุณหภูมิ โภชนาการ และการลดภาวะเสี่ยงด้านปอด [Kehlet 2016]

กลุ่มผู้ป่วยและชนิดของการผ่าตัดที่เฉพาะเจาะจง ได้กล่าวถึงใน fact sheet อื่นๆ ของ IASP เพื่อสนับสนุนปีการต่อต้านความปวดหลังผ่าตัด 2017 (Global year against pain after surgery) เป็นเรื่องสำคัญที่แพทย์ผู้ดูแลต้องตระหนักถึงสิทธิของผู้ป่วยเป็นพื้นฐานที่จะได้รับการควบคุมความปวดโดยบุคลากรสุขภาพ อย่างเต็มความสามารถ และดีที่สุด ไม่ว่าจะการกระทำดังกล่าว จะก่อผลมากน้อยต่อพยาธิสรีระ ประโยชน์ต่อการเงินหรือไม่ก็ตาม ทั้งนี้ ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องมีความรุนแรงความปวดเป็นศูนย์แต่ ต้องคำนึงถึงความเสี่ยงและประโยชน์ รวมถึงความปลอดภัยที่บุคลากรสุขภาพ ผู้ให้การดูแลหลังผ่าตัด ที่จะให้การระงับปวดอย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสม

## REFERENCES

Campbell CM, Edwards RE. Ethnic differences in pain and pain management. *Pain Management* 2012; 2: 219-230.

Chou R, Gordon DB, de Leon-Casasola OA, Rosenberg JM, Bickler S, Brennan T, Carter T, Cassidy CL, Chittenden EH, Degenhardt E, Griffith S, Manworren R, McCarberg B, Montgomery R, Murphy J, Perkal MF, Suresh S, Sluka K, Strassels S, Thirlby R, Viscusi E, Walco GA, Warner L, Weisman SJ, Wu CL. Management of Postoperative Pain: A Clinical Practice Guideline From the



© Copyright 2017 International Association for the Study of Pain. All rights reserved.

**IASP brings together scientists, clinicians, health-care providers, and policymakers to stimulate and support the study of pain and translate that knowledge into improved pain relief worldwide.**

American Pain Society, the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, and the American Society of Anesthesiologists' Committee on Regional Anesthesia, Executive Committee, and Administrative Council. *J Pain* 2016; 17: 131-157

Green CR, Anderson KO, Baker TA, Campbell LC, Decker S, Fillingim RB, Kaloupek DA, Lasch KE, Myers C, Tait RC, Todd KH, Vallerand AH. The unequal burden of pain: confronting racial and ethnic disparities in pain. *Pain Medicine* 2003;4:277-294.

IASP Acute Pain Special Interest Group. Web posting of 2014 Satellite Symposium on "Faces of the crowd: variability and diversity in acute pain control."

Kehlet H. Accelerated recovery after surgery: a continuous multidisciplinary challenge. *Anesthesiology* 2016; 123: 1219-1220

Meissner W, Zaslansky R. PAIN OUT is an international quality improvement and registry project that provides a web-based information system to improve treatment of patients with post-operative pain.

McQuay HJ, Moore RA. An Evidence-Based Resource for Pain. Oxford: Oxford University Press, 1998

Niraj G, Rowbotham DJ. Persistent postoperative pain: where are we now? *Br J Anaesth* 2011; 107: 25-29

Schug SA, Palmer GM, Scott DA, Halliwell R, Trinca J; APM:SE Working Group of the Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine (2015). Acute Pain Management: Scientific Evidence (4th edition), ANZCA & FPM, Melbourne

Tighe P, Buckenmaier CC, Boezaart AP, Carr DB, Clark L, Herring A, Jacobs W, Kent M, Mackey S, Mariano ER, Polomano RC, Reisfield GM. Acute pain medicine in the United States: a status report. *Pain Medicine* 2015; 16: 1806-1826

Wilder-Smith O, Arendt-Nielsen L, Yarnitsky D, Vissers KCP. Postoperative Pain: Science and Clinical Practice. Philadelphia: IASP Press/ Wolters Kluwer, 2014

Zaslansky R, Rothaug J, Chapman CR, Bäckström R, Brill S, Fletcher D, Fodor L, Gordon DB, Komann M, Konrad C, Leykin Y, Pogatski-Zahn E, Puig MM, Rawal N, Ullrich K, Volk T, Meissner W. PAIN OUT: the making of an international acute pain registry. *Eur J Pain* 2015;19:490-502

## AUTHORS

Daniel B. Carr, MD, DABPM, FFPMANZCA (Hon)  
Professor of Public Health and Community Medicine  
Professor of Anesthesiology and Medicine  
Founding Director, Tufts Program on Pain Research, Education and Policy

Boston, Mass., USA

Bart Morlion, MD, PhD, DESA Director of the Leuven Center for Algology & Pain Management University Hospitals Leuven, KU Leuven, Belgium

Hon. Assoc. Professor, University of Groningen, Netherlands

## REVIEWERS

Asokumar Buvanendran, MD William Gottschalk, Endowed Chair of Anesthesiology Vice Chair Research & Director of Orthopedic Anesthesia Professor, Department of Anesthesiology Rush University Medical Center Chicago, Illinois, USA



© Copyright 2017 International Association for the Study of Pain. All rights reserved.

**IASP brings together scientists, clinicians, health-care providers, and policymakers to stimulate and support the study of pain and translate that knowledge into improved pain relief worldwide.**

Lars Arendt-Nielsen, Dr Med Sci, PhD, FRSM, FIAMBE  
Director, Professor, Center for Sensory-Motor Interaction  
Department of Health Science and Technology  
School of Medicine, Aalborg University  
Aalborg, Denmark

ผู้แปล  
ลัทธม ชัญเวชช์ พ.บ. ว.ว.(สาขาวิสัญญีวิทยา)  
โรงพยาบาลวชิรเมธี

**เกี่ยวกับสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดนานาชาติ  
(International Association for the Study of Pain®)**

IASP  
เป็นแหล่งชั้นนำที่มีบุคคลหลายอาชีพเพื่อเสนองานวิชาการวิทยาศาสตร์  
การปฏิบัติ และการศึกษาในวิชาการด้านความปวด  
[เปิดรับสมาชิกสำหรับทุกอาชีพ](#) ที่เกี่ยวข้องในการวิจัย การวินิจฉัย  
หรือรักษาความปวด IASP มีสมาชิกมากกว่า 7,000 คนใน 133 ประเทศ 90  
สมาคมแห่งประเทศ และ 20 กลุ่มที่สนใจเรื่องเฉพาะด้านของความปวด

ในฐานะของปีสากลแห่งการต่อต้านความปวดหลังการผ่าตัด IASP มีชุดของเอกสารข้อเท็จจริง (Fact Sheets )  
ครอบคลุมหัวข้อที่เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับความปวดหลังผ่าตัด  
เอกสารเหล่านี้ได้รับการแปลเป็นภาษาต่างๆและสามารถดาวน์โหลดได้ฟรี เยี่ยมชม [www.iasp-pain.org/globalyear](http://www.iasp-pain.org/globalyear) สำหรับข้อมูลเพิ่มเติม



© Copyright 2017 International Association for the Study of Pain. All rights reserved.

**IASP brings together scientists, clinicians, health-care providers, and policymakers to stimulate and support the study of pain and translate that knowledge into improved pain relief worldwide.**